



SPITALUL ORĂȘENESC HÂRȘOVA

str. Vadului nr. 76, Hârșova, jud. Constanța

tel/fax: 0241/870.208 // e-mail: secretariat@spitalharsova.ro

Operator de date cu caracter personal

www.spitalharsova.ro



unitate aflată în
PROCES DE ACREDITARE

Decizia pacientului de a nu fi informat / Decizia de a nu fi informat pacientul

Subsemnatul _____ (numele și prenumele pacientului), având cod numeric personal (CNP) _____, îmi exprim decizia, în conformitate cu prevederile art. 7 din Legea nr. 46/2003 privind drepturile pacientului, cu modificările și completările ulterioare, de a nu fi informat în cazul în care informațiile prezentate mi-ar cauza suferință, aceasta fiind dorința mea, pe care o exprim în deplină cunoștință de cauză.

Subsemnatul _____ (numele și prenumele reprezentantului legal), având cod numeric personal (CNP) _____, în calitate de reprezentant legal al pacientului* _____, îmi exprim decizia, în conformitate cu prevederile art. 7 din Legea nr. 46/2003 privind drepturile pacientului, cu modificările și completările ulterioare, de a nu permite ca pacientul să fie informat în cazul în care informațiile prezentate i-ar cauza suferință.

(*se completează în cazul minorilor sau al majorilor fără discernământ, precum și în cazul majorilor cu pierdere temporară a capacității de exercițiu)

_____ Data: ____/____/____/

Semnătura pacientului/reprezentantului legal